PSYCHIATRIE

A. DELIRES CHRONIQUES

- Ils possèdent un potentiel évolutif commun classiquement non déficitaire, ce qui les oppose aux délires schizophréniques
- Ils surviennent généralement sur une personnalité mature de 30 à 50 ans
- Trois délires chroniques : délire paranoïaque ; psychose hallucinatoire chronique ; paraphrénies
- Délires paranoïaques : Ce sont les délires les plus systématisés où le mécanisme délirant interprétatif est prédominant
- Hypertrophie de moi ⇒ **Prosélytisme** = fanatisme ; intolérance
- Le paranoïaque est un colosse au pays d'argile → vulnérabilité profonde de la personnalité dissimulée derrière la carapace caractérielle agressive et rigide
- Idée de référence : tendance à interpréter les incidents fortuits et les comportements d'autrui comme directement en relation avec soi même (délire **interprétatif**)

DELIRES PARANOÏAQUES

	PERSONNALITE
▪ Personnalité prémorbide : personnalité paranoïaque sthénique ; Exception : personnalité sensitive de **Kretschmer** (le sujet n'est ni sthénique, ni sûr de lui). Dans les délires d'interprétation, la personnalité prémorbide est **inconstante**. ▪ Facteurs décompensants : le plus souvent évènement à forte charge émotionnelle. Dans le délire d'interprétation, le processus délirant paraît le plus souvent endogène. ▪ Elaboration délirante : ils sont les plus systématisés de tous les délires chroniques. Ils sont cohérents de construction **logique** (paralogique) ; convainquant (délire induit). L'adhésion au délire est totale. La pensée paralogique est élaborée à partir de faits réels (interprétation) ou qui trouve son origine dans la subjectivité du sujet (intuition).	- Méfiance - Hypertrophie du moi - Psychorigidité - Fausseté du jugement - Absence de tendresse

DELIRES PASSIONNELS	DELIRE D'INTERPRETATION	DELIRE SENSITIF DE RELATION
- Développement en **secteur** (le délire s'exprime en un seul domaine) - Il débute par une	- Décrit par **Sérieux & Capgras** - Son mécanisme central est l'interprétation ; début pro-	- Décrit par **Kretschmer** - Mécanisme **interprétatif** ; personnalité paranoïaque de type sensitif

brusque intuition délirante puis le délire s'enrichit d'interprétations délirantes. - Il existe 3 types de délires passionnels : . *Délires de préjudice* ou de revendication (quérulents processifs) → mécanisme intuitif et interprétatif . *Délire de jalousie* (début insidieux et progressif) ; le sujet est convaincu d'être trompé par son partenaire sex . *Erotomanie* : illusion délirante d'être aimé ; passe par une phase d'espoir → dépit → rancune.	gressif - Les thèmes de délirants sont : le préjudice, la malveillance et parfois la mégalomanie. - Ce délire se développe en « réseau » ; il ne croît pas au hasard ; interprétation du moindre évènement qui est rattaché à son système délirant. - Conviction délirante absolue, inébranlable - Parfois association d'intuition ou d'illusions - Les phénomènes hallucinatoires sont rarissimes - L'évolution spontanée est l'essoufflement du délire ; parfois ponctuée par des moments féconds avec réactivation du délire	- Se développe souvent à la suite d'un évènement vécu comme pénible ou humiliant - Délire dit de « référence » ; le sujet est convaincu que son entourage complote contre lui, on le méprise, on se moque de lui… - Pas de réaction agressive ; il intériorise (asthénique) → dépression

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

. Elle survient généralement chez les femmes d'âge moyen (30 à 50 ans)

. Personnalité sensitive ou psychasthénique : tendance au scrupules ; inhibition affective ; difficulté à prendre une décision → introspection douloureuse.

. Le début est souvent brutal : épisode délirant aigu riche en hallucinations un automatisme mental constitué ; sensation cénesthésiques pénibles

. Période d'état : le sujet élabore un délire plus ou moins systématisé dont le but est de « rationaliser » les phéno-

PARAPHRENIE

. Se caractérisent par leur rareté, leur début tardif (35 à 45 ans), leur organisation peu systématisée, la prédominance des phénomènes imaginatifs avec des thèmes de grandeur et fantastique.

. Le début est souvent progressif et lent ; le sujet développe un retrait affectif

. La phase d'état est caractérisée par un délire riche imaginatif et fantastique

- La paraphrénie imaginative → peu hallucinatoire ; fabulation enrichie par la lecture, la discussion… ; les thèmes

mènes hallucinatoires perçus (troubles du cours de la pensée). Le patient croît qu'il est sous le contrôle d'une force extérieure… (syndrome d'influence).

- Les hallucinations psychosensorielles sont essentiellement auditives
- le thème dominant est la persécution. Le patient persécuté réagit de façon passive voire dépressive (le contraire du paranoïaque).
- L'adaptation sociale du sujet reste longtemps préservée mais l'évolution démentielle est possible à terme (rupture progressive avec la réalité). Le traitement neuroleptique peut entraîner une rémission complète ou un enkystement du délire.

sont la mégalomanie, la filiation et la richesse.

- La paraphrénie fantastique se compose de délire de mécanisme hallucinatoire et imaginatif. Les hallucinations sont riches (auditive, automatisme mental). Le thème est fantasmagorique, cosmogoniques. Euphorie.
- A long terme et en absence de traitement, le délire à une tendance spontanée à s'enkyster ; parfois évolution vers une dissociation schizophrénique. Dépression.

B. SYNDROME NEVROTIQUE

- Ce sont des affections psychiatriques sans étiologie définie. La perturbation prédominante est un groupe de symptômes que le patient juge indésirables (égodystoniques) entraînant une souffrance psychiatrique reconnue par le sujet. Il n'y a pas de perturbation de la perception de la réalité et du contact.
- Les symptômes névrotiques sont considérés comme l'expression de défenses destinées à protéger le Moi de l'angoisse engendrée par le conflit entre des exigences pulsionnelle contradictoires ou entre les exigences pulsionnelles et les exigences morales. Ce sont des formations de compromis permettant d'éviter l'intrusion dans la conscience de représentation mentale ou d'affect inacceptables ou insupportables, tout en permettant une expression symbolique, par analogie ou par déplacement du conflit originel.
- Le névroticisme est la prédisposition héréditaire du système nerveux à réagir à une charge émotionnelle sous la forme de symptôme névrotique.

NEVROTIQUES

PERSONNALITE OBSESSIONNELLE	PERSONNALITE ANXIEUSE	PERSONNALITE HYSTERIQUE
- Méticulosité, ponctualité, perfectionnisme - Tendance à la planification de l'existence - Attachement excessif à l'ordre établi - Le goût pour l'économie : parcimonieux (déteste le gaspillage) ; avare - Autoritaire ; entêté - Froideur émotionnelle - Pôle psychasthénique : indécision - Personnalité anankasique (indécision, prudence excessive, perfectionnisme, scrupulosité extrême, attitude excessivement conformiste, rigidité)	- Immature - Dépendante de son milieu - Inhibée ou évitante dans ces relations sociales.	- Deux personnalités : personnalité histrionique et personnalité **dépendante** - **Histrionisme** : besoin d'attirer l'attention ; intolérance à la frustration (doit être le centre d'intérêt en permanence) - Théâtralisme (hyperexpressivité des affects et dramatisation de la réalité) - Dépendance (demande infantile de protection) → personnalité dépendante surtout - Suggestibilité (pithiatisme) et psychoplasticité (effort pour ce conformer au désir de l'autre) → ≠ psychorigidité - Séduction érotisée ; dépendance affective ; troubles de la sexualité - Hyperréactivité à l'entourage (labilité émotionnelle et thymique) - Riche activité imaginative : rêverie, mythomanie - Remaniements des souvenirs (amnésie, ecmnésie)

NEVROSE OBSESSIONNELLE

- Les obsessions sont anxiogènes et souvent en désaccord avec les principes moraux du sujet (**égodystoniques**) ; ils émanent de la vie psychique du sujet.
- On distingue : les obsessions phobiques ; les obsessions idéatives ; obses-

NEVROSE PHOBIQUE

- La phobie a une valeur défensive contre l'angoisse dont elle permet le **déplacement** et la **condensation** sur des objets symboliques
- <u>Conduites contre-phobiques</u> : évitement de l'objet phobogène ; réassu-

sions impulsives (ou phobie d'impulsion → peur d'agresser mais sans passage à l'acte).

- Les rites compulsifs possèdent les mêmes caractères que l'obsession (en réponse aux pensées obsédantes). (Exp : Arithmomanie : compulsion de comptage). Elles soulagent de la note anxieuse engendrée par l'obsession.
- Evolution vers la psychasthénie
- On ne parle de TOC que lorsque la fréquence et l'intensité des symptômes sont telles qu'ils finissent par entraver les activités quotidiennes du sujet.
- Les tics (maladie de Gilles de la Tourette) sont associés aux TOC chez l'enfant
- Toute rumination anxieuse, toute idée fixe, toute manie de lavage, vérification ou autre est banale si elle est isolée et fugace.
- Les obsessions se distinguent des phobies par la persistance de la crainte angoissante même en-dehors de la situation redoutée.
- Les antidépresseurs sérotoninergiques sont les plus efficaces

rances grâce à la compagnie d'un tiers. Elles tendent à s'aggraver progressivement

- Phobie simple : peur d'un objet ou d'une situation n'ayant aucun caractère menaçant.
- Agoraphobie : plus fréquente chez la femme et débute entre 18 et 35 ans. L'anxiété se manifeste lorsque le malade se retrouve dans des endroits où il pourrait difficile de s'échapper (lieux publics…) ; toute situation où l'on se retrouve seul loin de son domicile. L'anxiété anticipatoire est toujours marquée. Association possible à des crises de paniques.
- Phobies sociales : début plus précoce que l'agoraphobie. Prédomine chez l'homme. Peur de prendre la parole en public (…), peur du regard des autres. Ces phobies s'accompagnent de distorsion cognitive (perte de l'estime de soi, crainte d'être critiqué, jugé).

NEVROSE HYSTERIQUE

- Elle fait partie des psychonévroses de transfert ou névroses structurées liées à des conflits en rapport avec le développement affectif précoce et la sexualité infantile.
- Les conflits psychiques inconscients viennent se symboliser dans les symptômes corporels ou psychiques, polymorphes ⇒ conversion
- Les troubles somatoformes (….une belle indifférence et beaucoup de détails) et la somatisation font partie de la névrose hystérique

TROUBLES DISSOCIATIFS DE CON-

VERSION

- Amnésie dissociative (le plus souvent antérograde) c'est une amnésie sélective
- Stupeur dissociative (états crépusculaires ou catatoniques hystériques) → immobilité prolongée
- Etats de trans et de possessions
- Troubles dissociatifs de la motricité et des organes de sens (impotence fonctionnelle ; convulsions dissociatives sans morsure de la langue, ni perte d'urine ; crise syncopale ; anesthésie dissociative….)
- Syndrome de Ganser : associe réponse à côté, amnésie, désorientation et des troubles dissociatifs.

NB : la conversion et les troubles somatoformes peuvent être diagnostiqués en dehors de tout trouble de la personnalité. Ils peuvent être observés chez l'enfant, l'adulte handicapé mental, lors de l'évolution vers la schizophrénie.

AUTRES NEVROSES

- **NEVROSE ASTHENIQUE : (ou neurasthénie) l'asthénie est une fatigue pathologique (sentiment douloureux avec difficulté à agir) sans cause immédiate. Elle associe la présence de plaintes et de préoccupations persistants concernant soit une fatigue accrue après des efforts mentaux ou physique. Courbature, étourdissement, céphalées de tension, dyspepsie, inquiétude, anhédonie (perte du plaisir) et troubles du sommeil.**
- **NEVROSE POST-TRAUMATIQUE : après un temps de latence variable du traumatisme (< 6 mois), le sujet va présenter des symptômes spécifiques ou non et une réorganisation de sa personnalité.**
  - Reviviscence à l'état conscient (flash-back) ou sous forme de cauchemar de la scène traumatique (déplacement, condensation) ; rumination mentale
  - Symptômes non spécifiques (anxiété, asthénie, inhibition, dépression, conversion hystérique, phobie sociale, idéalisation, ulcère gastro-duodénal…)
  - Réorganisation régressive de la personnalité : repli et inhibition ; dépendance ; attitude de revendication (sinistrose)

C. SCHIZOPHRENIE

- Le syndrome schizophrénique débute le plus souvent entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte
- Trois syndromes cardinaux : dissociation, autisme, délire paranoïde.
- Syndrome dissociatif : n'est pas un signe pathognomonique de la schizophrénie ; Il correspond à la perte de la cohésion et de l'unité de la personnalité
- **Rationalisme morbide** : explication incohérente d'évènements concrets réels
- Catatonie : attitude psychomotrice constituée essentiellement par l'inertie et le négativisme ; mutisme, stupeur avec parfois hyperkinésie (impulsion motrice brutale)
- Délire paranoïde : délire mal structuré, flou, non systématisé, parfois dépourvu d'axe thématique particulier ou de thématique changeante. Les thèmes les plus fréquentes sont la dépersonnalisation, souvent accompagnée d'impression de transformations corporelles ou de dysmorphophobie ; délire de persécution, d'influence, de filiation…. **Automatisme mental** (vol de la pensée ; pensées imposées ; échos de la pensée ; syndrome d'influence)
- Symptômes positifs : idées délirantes ; hallucinations ; troubles de la pensée formelle (illogisme, incohérence, diffluence, tangentialité) ; comportement bizarre ou désorganisé (excentrique ; stéréotypés ; agressif…).
- Symptômes négatifs : pauvreté du discours ; émoussement affectif ; amimie ; anhédonie et retrait social ; apathie et altération de la volonté ; troubles de l'attention ; apragmatisme.
- Le tableau déficitaire (démentiel) s'installe progressivement, en quelques années ; il est particulièrement à redouter dans l'hébéphrénie. Les manifestations qui prédominent sont l'émoussement affectif, l'apragmatisme et la désorganisation.
- **Stabilisation** : profil évolutif le plus fréquent (50%) surtout en cas de schizophrénie paranoïde et schizo-affective
- La rémission complète ou quasi complète est possible (25% des cas)
- Schizophrénie résistante aux neuroleptiques → intérêt de la clozapine : Leponex®

SYNDROME DISSOCIATIF

DISCORDANCE INTELLECTUELLE	DISCORDANCE AFFECTIVE	DISCORDANCE PSYCHOMOTRICE
- Stéréotypies (écholalie ; palilalie) - Barrage (suspension brutale du discours	- Ambivalence affective : amour et haine - Présence de bizarrerie - Détachement affectif ;	- Indécision des gestes - Mouvements automatiques - Maniérisme - Paramimies (grimaces, sourires

- Fading (extinction progressive du discours) - Perte de l'intimité de la pensée… - Rationalisme morbide - Troubles de la signification des mots ; néologisme ; schizophasie…..	impénétrabilité - Emoussement des affects et de l'élan vital (athymhormie) - Régression sexuelle (autoérotisme, déviation)	immotivés, mimique paradoxale) - Mouvements stéréotypés (balancement de la tête ; déambulation)

FORMES CLINIQUES

SCHIZOPHRENIE PARANOÏDE	SCHIZOPHRENIE HEBEPHRENIQUE	AUTRES FORMES
- C'est la forme typique de la description de la schizophrénie - Délire paranoïde souvent à thème de persécution ou d'influence, et les hallucinations sont au premier plan. Le délire à tendance de s'appauvrir. - Désorganisation conceptuelle et symptômes négatifs discrets ou absents. - Symptomatologie dépressive atypique au 2e	- Débute de façon insidieuse (adolescence). - Le syndrome dissociatif est prédominant avec un délire pauvre ou absent. - Emoussement affectif et désorganisation au 1er plan - Il existe fréquemment un maniérisme - L'humeur parait superficielle et inappropriée - Tendance à l'isolement relationnel et social	• S. catatonique : attitude catatonique ; état oniroïde • Héboïdophrénie : comportement impulsif (délinquance ; drogue) ; discordance et appauvrissement idéique progressif • Schizophrénie simple : survenue progressive d'une diminution globale des performances sociales de l'individu ; perte d'intérêt ; inactivité et retrait social. Syndrome dissociatif modéré

plan		sans troubles majeurs du cours de la pensée. Activité très stéréotypée.

NB : l'hébéphrénie (ou schizophrénie désorganisée) correspond à la démence précoce classique

PERSONNALITES PREMORBIDES

P. SCHIZOÏDE	P. SCHIZOTYPIQUE
- Détachement majeur par rapport aux relations sociales - Indifférence à autrui et émoussement affectif	- Comportement excentrique ; Croyances bizarres surnaturels - Pauvreté des affects - Idéations méfiantes sans réel syndrome délirant - Pensée stéréotypée sans incohérence marquée et sans dissociation

D. BOUFFEE DELIRANTE AIGUË

- S'observe habituellement chez l'adolescent ou l'adulte **jeune** de 20 à 30 ans
- Selon Magnan c'est un « **délire d'emblée**, un coup de tonnerre dans un ciel serein ». Le début est soudain et brutal parfois précédé de prodromes aspécifiques (bizarrerie de conduite, insomnie, irritabilité)
- Le syndrome délirant présente un délire intensément vécu, caractérisé par sa **richesse**, son **polymorphisme** au niveau des thèmes et des mécanismes ; son **absence de systématisation** et sa grande variabilité dans le temps.
- Les thèmes les plus fréquents sont la **persécution** et **l'influence** ; également, idée mystique, érotique ou de grandeur.
- Les mécanismes organisateurs de délire sont notamment des phénomènes hallucinatoires ; imagination ; intuition et interprétation
- L'**automatisme mental** est pratiquement constant (perte d'intimité de la pensée ; ordres…)

- L'organisation du délire est mal structurée, non systématisée. Il s'agit le plus souvent plus d'une expérience qu'une élaboration délirante. Le délire entraîne une conviction totale du sujet
- L'angoisse est toujours présente, habituellement intense avec agitation, fréquemment associée à un syndrome de dépersonnalisation et déréalisation
- La participation thymique est constante, rapidement fluctuante au cours de la journée (euphorie → prostration)
- La perturbation de l'état psychomoteur est la règle
- Le niveau de conscience peut être altéré mais sans véritable confusion mentale (pas de vraie désorientation temporo-spatiale ; la vigilance et la mémoire de fixation sont préservés). L'attention est focalisée sur l'expérience délirante engendrant une grande distractivité.
- Symptômes somatiques : insomnie pratiquement constante ; déshydratation avec oligurie et hypotension
- L'évolution spontanée se fait vers la résolution complète en quelques semaines avec critique de l'épisode.
- A long terme, il existe 3 modalités évolutives : rémission complète sans récidive (⅓ des cas) ; répétition (⅓ des cas) ; psychose chronique type schizophrénique (⅓ des cas).
- ELEMENTS DE BON PRONOSTIC : antécédents familiaux de troubles de l'humeur ; absence de personnalité pathologique ; début brutal ; facteur déclenchant ; caractère bref et bruyant du tableau clinique ; polymorphisme du délire ; l'intensité de la participation thymique et anxieuse ; la bonne réponse au traitement ; critique de l'épisode délirant à distance.

BDA : RESUME

Thèmes	Polymorphe ; Tous les thèmes sont rencontrés : persécution, érotisme, filiation (identité), possession, damnation, dépersonnalisation-déréalisation
Mécanisme	Polymorphe ; hallucination, interprétation, intuition, imagination
Conscience	Les troubles de la conscience sont présents mais fluctuant (+ troubles thymiques oscillants)
Etiologies	• Facteurs de personnalité : personnalité schizoïde (introversion) ou narcissique, immature, égoïste • Facteurs événementiels : catastrophes ; décès d'un proche ; humiliation ; échec professionnel • Facteurs toxiques : alcool ; cannabis et autres hallucinogènes

Traitement	L'importance des signes hallucinatoires faits optés pour **l'halopéridol** (+ chlorpromazine)

SYNDROME CONFUSO-ONIRIQUE

SYNDROME CONFUSIONNEL	ETIOLOGIES
. Altération de la vigilance . Désorientation temporo-spatiale . amnésie antérograde . Fluctuation nycthémérale des performances . Perplexité anxieuse . Onirisme (zoopsie, macropsie)	. Causes infectieuses (encéphalite) . Métaboliques (hypoglycémie) . Endocriniens (hyperthyroïdie ; hypothyroïdie) . Neurologiques (traumatisme, épilepsie, AVC...) . Post-émotionnel ! (sujet âgé) . Toxique : (pharmacopsychose) - Amphétamines ; cocaïne → formes confuso-délirantes interprétatives - Cannabis, LSD, anticholinergiques, → phénomènes hallucinatoires - Alcool : le sevrage mal conduit → delirium tremens

E. SYNDROME DEMENTIEL

- La démence peut se définir par un état d'affaiblissement intellectuel acquis, progressif, plus ou moins irréversible
- Dans la démence corticale (type Alzheimer) le sujet a perdu ses outils ; dans le dysfonctionnement sous-cortical, il les a toujours mais ne les utilise pas
- Le syndrome fronto-temporal correspond à la maladie de Pick. Le syndrome temporo-pariétal correspond à la maladie d'Alzheimer
- Démence sous-corticale → maladie de Parkinson ; chorée de Huntington ; paralysie supranucléaire progressive
- Réapparition des réflexes archaïques (réflexe palmo-mentonnier, réflexe de préhension, réflexe de succion)

- La cause la plus fréquente d'une démence curable (pseudo-démence) est la dépression → ralentissement psychomoteur ; dans la dépression la mémoire sémantique (signification des mots), la mémoire implicite (sous-entendue) et la mémoire indicée sont conservées.
- La schizophrénie (et les autres troubles psychotiques chroniques) évolue vers la démence si elle est insuffisament traitée

TOPOGRAPHIE

SYNDROME TEMPORO-PARIETAL	SYNDROME FRONTO-TEMPORAL	SYNDROME SOUS-CORTICAL
• Troubles de la mémoire (d'abord les faits récents) • Désorientation progressive : temporale puis spatiale ; et **prosopagnosie** • Troubles de l'efficience intellectuelle (troubles du jugement de l'attention et de la concentration ; difficulté de résoudre des problèmes) • Troubles de langage ; Troubles des gestes (apraxies) ; troubles constructifs ; troubles gnosiques • Parfois **délires** interprétatifs, imaginatifs, hallucina…	• D'abord marque par une négligence personnelle • Puis **désinhibition** ; impulsivité et perte de la flexibilité mentale • Comportement alimentaire perturbé (excès et incohérence) ; Conduites répétitives et stéréotypées • Indifférence totale et une grande manque d'attention ; Apathie ; euphorie (**moria**) • **Mémoire**, **orientation** et **praxie** sont longtemps **préservés**.	• Il s'agit d'une pathologie d'anticipation • Lenteur intellectuelle • **Aboulie** (perte de la volonté) • Grande apathie • Troubles de la **mémoire de rappel** principalement • <u>Syndrome dysexécutif frontal</u> : Dissociation entre la volition (penser l'action) et l'action elle-même. • Le **langage** est en grande partie **préservé**.

ETIOLOGIES

Hydrocéphalie à pression normale	Fléchissement intellectuel avec apathie ↗ ; troubles de la marche et de l'équilibre avec rétropulsion ; troubles sphincté-

	riens
Causes endocriniennes	Hypothyroïdie ; autres plus rares : hyperthyroïdie, dysparathyroïdie, hypoglycémie à répétition, carence en folates….
Maladie de Creutzfeld-jakob	Troubles pyramidaux et extrapyramidaux, myoclonies ; EEG caractéristiques avec décharges pseudo-rythmiques (1 cycles/s)
Syndrome de Korsakoff	Amnésie antérograde de mémorisation ; des fausses reconnaissances et des fabulations. Il est dû à une carence en vitamine B1 (destruction bilatérale du corps mamillaire) ; l'alcoolisme est la principale cause. Evolution vers la démence.
Certaines affections neurologiques	Maladie de Parkinson ; chorée de Huntington ; SEP évoluée ; maladie de Friedrich (hérédodégénérescence spino-cérébelleuse)
Autres	Hématome sous-dural chronique ; tumeurs cérébrales …

F. NEUROLEPTIQUES

- Les neuroleptiques ont comme principale action de **bloquer** les récepteurs **dopaminergiques** centraux
- Les neuroleptiques atypiques ont un plus faible risque d'effets secondaires en particuliers neurologiques et peuvent être utilisés en première intention (riserpéridone, olanzapine ; sulpiride)
- DEFINITION DE DELAY ET DENIKER
  - Action **psycholeptique** (⇒ indifférence psychomotrice) sans action hypnotique
  - Diminution de l'agitation et de l'agressivité
  - Action réductrice sur les psychoses aiguë et chroniques
  - Sont à l'origine d'une production d'effets secondaires neurologiques et neurovégétatifs
  - Ont une action **sous-corticale** dominante
- Agissent dans les régions mésocorticale et mésolimbiques ainsi que nigrostriés (effets secondaires extrapyramidaux) et au niveau du système tubéro-infundibulaire (hyperprolactinémie ; GH ↗).
- Elles peuvent bloquer autres récepteurs : cholinergiques et muscariniques ; adrénergique (α1) ; histaminique (H1 surtout).
- Les butyrophénones (**Haldol**) manifeste l'effet **anti-hallucinatoire** le plus efficace et le plus rapide

CLASSIFICATION EFFETS

2AIRES

NL sédatif	. Lévomépromazine (Nozinan®) . Chlorpromazine (Largactil®) . Sulpiride (Dogmatil®) à dose ↗	Action neuro-végétative forte ⇒ Hypotension orthostatique	▪ Phénothiazines	. Chlorpromazin (Largactil®) . Lévomépromaz (Nozinan®)
			▪ Butyrophénones	Halopéridol (H dol®)
NL déshinibiteur	Sulpiride (Dogmatil®) à dose ↙	Syndromes hyperkinétique	▪ Benzamides	Sulpiride (Dog til®)
NL polyvalents	Halopéridol (Haldol®)	Syndrome akinéto-hypertonique		

EFFETS 2AIRES

. Syndrome extrapyramidal (précoce ou tardif)
. Effets anticholinergiques (atropiniques) : constipation, sécheresse buccale, éjaculation rétrograde, confusion, glaucome, rétention urinaire…
. Epilepsie (abaissent le seuil épileptogène)
. Effets cardiovasculaires : hypotension orthostatique (α-adrénolytique) ; tachycardie sinusale ; allongement du QT
. Effets endocriniens : générés par l'hyperprolactinémie (frigidité, impuissance, gynécomastie, galactorrhée, dysménorrhée) ; obésité
. Manifestations cutanées : coloration mauve de la face ; photosensibilisation ;
. Accidents hématologiques
. Accidents hématologiques : leucopénie bénigne avec lymphocytose relative ; agranulocytose
. Complications digestifs : hépatite cholostatique ou cytolytique ; iléus paralytique

Syndrome malin	**Hyperthermie avec sueurs profuses, pâleur, rigidité extrapyramidale très importante, état d'hébétude, déshydratation avec hypotension et tachycardie ; ↗ des enzymes musculaires ; hyperleucocytose avec polynucléose.**
Signes psychiques	**Indifférence psychomotrice (passivité) ; syndrome dépressif (25%) ; somnolence ; accès d'angoisse et la réactivation délirante (trop faible dose) ; accès confusionnel (action anti-cholinergique)**

- **Indications** : accès maniaque (neuroleptiques sédatifs) ; bouffée délirante aiguë (neuroleptiques sédatifs) ; psychoses chroniques ; mélancolie délirante ; insomnie rebelle
- **Indications accessoires** : pathologies psychosomatiques (surtout digestif) ; mouvements anomaux (chorée de Huntington, Gilles de la Tourette, tics, dystonies) ; nausée et vomissements graves au cours de traitement par antimitotiques. Vomissement gravidique (métoclopramide)
- **Contre-indications** : maladie de Parkinson ; sclérose en plaque en poussée ; toute maladie dégénérative de SNC ; porphyrie (la chlorpromazine peut être utilisée) ; comitialité mal équilibrée ; risque de glaucome fermé ; antécédent de syndrome malin ; grossesse (risque tératogène) sauf Largactil en cas de nécessite

G. AUTRES

MALADIE MANIACO-DEPRESSIVE

ACCES MANIAQUE	ACCES MELANCOLIQUE

. Etat d'excitation des fonctions psychiques et motrices . L'insomnie est le symptôme le plus précoce . Présentation : débraillée, extravagante, hypermimie, maniérisme, ludisme, grimaces, colère, dégoût, passion ; désire du parfaite symétrie. . Le contact est hypersyntone, familier . <u>Altération cognitive</u> : hypoprosexie (dispersion de l'attention) ; tachypsychie et logorrhée (passage du coq à l'âne) ; délire verbal avec note mégalomaniaque. . Excitation psychomotrice : agitation stérile et inadaptée ; dispersion . <u>Troubles somatiques</u> : insomnie totale rebelle ; anorexie ; hypersexualité ; alcoolisme ; transgression des principes moraux . Parfois délire hallucinatoire	. Début brutal : quelques heures ou quelques jours ; évolution spontanée en 3 à 6 mois . Humeur dépressive : vision pessimiste ; anhédonie ; auto-dévalorisaion ; douleur moral ; . Idée délirante d'incurabilité, de culpabilité, d'autoaccusation, de ruine, de persécution . Emoussement affectif ; instabilité des affects (irritabilité, impulsivité) . Ralentissement psychomoteur (bradypsychie) : lenteur d'idéation ; discours pauvre ; aboulie ; catalepsie . <u>Syndrome somatique</u> : insomnie matinale ; anorexie ; baisse de la libido ; plaintes somatiques

- <u>Trouble bipolaire I</u> : un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs
- <u>Trouble bipolaire II</u> : association d'au moins un épisode dépressif majeur et d'un épisode d'hypomanie.
- Quatre tempéraments : hyperthymique, dépressif, cyclothymique et irritable (patient bipolaire en dehors des accès et leur apparentés indemnes).

TRAITEMENT

. Devant la mélancolie → antidépresseur type Anafranil : doses progressives + neuroleptiques sédatif (Nozinan)
. Devant l'accès maniaque : neuroleptique type Haldol ou Nozinan
. Entre les accès : thymorégulateurs (lithium ou carbamazépine)

ANTIDEPRESSEURS

Effets anticholinergiques

Antidépresseur sédatif : amitriptyline.

	EFFETS SECONDAIRES
Psychiques	Somnolence, insomnie, exacerbation anxieuse, virage maniaque, délire, confusion mentale
Neurologiques	Tremblements ; épilepsie ; dyslexie
Digestifs	Sécheresse de la bouche ; constipation ; nausées
Oculaires	Difficultés d'accommodation ; vision floue
Urinaires	Dysurie ; difficulté d'érection et éjaculation retardée
Cardio-vasc	Hypotension ; troubles du rythme ; PR ↗

INDICATIONS

- Troubles obsessionnelles compulsifs
- Attaques de panique et les troubles phobiques
- Alcoolisme et toxicomanies
- Troubles sexuels (éjaculations précoces)
- Troubles du sommeil
- Enurésie
- <u>Autres indications</u> : migraines ; douleurs chroniques ; névralgie du V ; maladie de Parkinson ; syndrome de Gélineau

TROUBLES DE LA PERSONNALITE

- Le caractère **égosyntonique** des traits de personnalité, alors que les symptômes sont égodystoniques, c'est-à-dire incongrus pour le moi.
- Le développement libidinal auquel l'angoisse du sujet semble s'être fixée préférentiellement déterminant un mode privilégié de relation de l'objet (personnalité

orale ou l'avidité traduit l'angoisse de manque ; personnalité anale dominée par le besoin de maîtrise de l'environnement (angoisse de perte symbolisée par le relâchement sphinctérien) ; personnalité phallique organisée autour de l'angoisse de castration

. L'histrionisme est considéré comme le trait central de la personnalité hystérique. Il correspond au désir de paraître afin de capter l'attention d'autrui. Hyperconformisme au stéréotype féminin en vigueur selon la culture et l'époque afin de se couler dans le désir de chaque homme vécu comme partenaire potentiel (érotisation des rapports sociaux). avec jeu théâtral où les sentiments et les émotions sont exprimés de façon exagérée.

. Pour les psychanalystes, la problématique des histrionique se situe au niveau de l'angoisse de castration, de la perte de pouvoir ; alors que les dépendantes seraient fixées de manière plus archaïque au stade oral (angoisse de manque affectif, d'abondant).

. Personnalité obsessionnelle : le trépied clinique « ordre, entêtement, économie » correspond pour Freud à la résultante des formations réactionnelles contre les pulsions anales ; l'excitation qui vient de la zone érogène anale (banale chez le petit enfant) va peu à peu susciter honte et dégoût sous la pression de l'éducation ; l'argent est le symbole classique des matières fécales.

. Selon Freud, le caractère paranoïaque serait un système de défense contre une homosexualité latente, que la conscience la rejette comme inacceptable ; les désires inavouables seraient projeté sur autrui donnant naissance aux sentiments de persécution. Pour d'autre elle résulte d'une défaillance de l'organisation narcissique primaire avec fixation prégénitale prépondérante au stade anale.

. Personnalité limite ou borederline : allure névrotique (angoisse, instabilité) mais avec mécanisme de défense et mode de décompensation d'allure psychotique frontière.

. Personnalité narcissique : mégalomanie avec surestimation de soi ; tendance projective (la faute est rejetée sur les autres).

ASPECTS PSYCHANALYTIQUES

. Les troubles issus des 6 premiers mois de la vie au cours de laquelle se développe le stade oral sont corrélés à l'autisme et les schizophrénies

. La deuxième partie du stade orale introduit des fantasmes cannibaliques de l'enfant ; elle est corrélée à des fantasmes d'omnipotence et de soumission et prédisposerait à la manie et à la mélancolie.

- Le stade anal se caractérise par une érotisation de l'expulsion des produits fécaux symbolisant l'ambivalence (amour et haine), noyau de la psychose paranoïaque
- La deuxième partie de ce stade est caractérisée par un sentiment de dégoût et de maîtrise de l'objet propre à la névrose obsessionnelle
- A la phase œdipienne (3 à 6 ans), l'angoisse de castration serait à la base de l'organisation des névroses phobiques et hystériques
- Mécanisme de défense : opération inconsciente permettant un soulagement de l'anxiété conflictuelle →

MECANISME DE DEFENSE

- Conversion : mécanisme de défense permettant d'exprimer symboliquement des idées refoulées par des symptômes somatiques
- Déplacement : mécanisme permettant de transférer sur des objets, des personnes ou des situations constituant des substituts acceptables, des idées ou des sentiments
- Formation réactionnelle : mécanisme permettent au sujet d'adopter des attitudes, des comportements, des idées, des affects, à l'opposé de ceux qui l'habitent. Se trouve dans les troubles obsessifs compulsifs
- Identification : prendre d'une personne qu'on admire, un trait de caractère, un comportement ou un modèle de pensée
- Introjection : Introduire symboliquement à l'intérieur du soi des objets externes haïs ou aimés ; mécanisme de défense de la mélancolie
- Isolation : mécanisme essentiel de la névrose obsessionnelle ; l'affect rattaché une idée devient totalement inconsciente et détaché de l'idée ; l'idée consciente se trouve ainsi séparée de l'affect
- Rationalisation : mécanisme de défense permettant de falsifier la réalité en construisant des explications socialement logiques et acceptables pour expliquer un comportement plutôt que de l'attribuer à un désir ou pulsion inconsciente
- Refoulement : des désirs ou des affects inacceptables sont bannis de la conscience. Ses désirs réprimés peuvent revenir sous forme déguisée. Mécanisme de défense inconscient à la base de tous les autres mécanismes. Il s'agit d'un éloignement dans l'inconscient des idées, des désirs inacceptables afin de diminuer l'anxiété qu'elles provoquent.
- Régression : retour partiel ou symbolique à des modalités de réaction et de pensée infantile
- Sublimation : peut être considéré comme un mécanisme de défense ; permet à la représentation et au but pulsionnel qui est abandonné au profit d'un nouveau but autorisé par le Surmoi, de s'exprimer ; c'est un processus normal, à condition de ne

pas supprimer toute l'activité sexuelle ou agressive

LEXIQUE

Aboulie	Perte de la volonté (sentiment d'indécision et d'impuissance)
Abréaction	(Ou catharsis) libération brutale, décharge du contenu affectif émotionnel refoulé
Anhédonie	Absence de plaisir
Apragmatisme	Absence d'activité efficace
Astasie-abasie	Impossibilité de garder la position debout ou de marcher (c'est une forme de conversion hystérique)
Belle indifférence	Conversion avec absence totale d'inquiétude concernant l'incapacité
Athymhormie	Absence de l'élan vital qui caractérise l'être (indifférence aux joies et aux peines) ; symptôme observé dans la démence précoce
Catalepsie	Immobilité avec flexibilité cireuse et conservation des attitudes imposées (schizophrénie ; mélancolie stuporeuse)
Cataplexie	Paralysie temporaire entrant dans le cadre de la narcolepsie
Catatonie	Attitude psychomotrice constituée essentiellement par l'inertie et le négativisme
Confabulation	Faux souvenirs et fausses reconnaissances qui ont tendance à combler les lacunes mnésiques (syndrome de Korsakoff)
Conversion	Transformation d'un conflit psychique en symptômes somatiques moteurs ou sensitifs durables (expression corporelle d'un désir refoulé)
Délire	Croyance fausse entraînant une conviction inébranlable en sa réalité, malgré le désaccord de l'entourage et l'absence de confirmation
Dépersonnalisation	Sentiment d'avoir perdu son identité, son unicité. Se trouve dans l'anxiété, dans les troubles anxieux aigus et dans la schizophrénie…
Diffluence	Pensée sans thème donnant un discours incohérent, marécageux
Echolalie	Impulsion morbide qui consiste à répéter les mots prononcés

	par l'entourage (voir : palilalie ; stéréotypie)
. *Elation*	Sentiment d'euphorie + autosatisfaction (pharmacodépendance)
. *Fading*	Extinction progressive du discours
. *Hypoprosexie*	Dispersion de l'attention
. *Impulsion*	Trouble de la volonté ; bien que conscient par son acte, le malade est entraîné d'une façon irrésistible à accomplir certaines actions
. *Maniérisme*	Caractère compliqué, affecté, précieux, théâtral du langage, des gestes et du comportement (psychopathe ; névropathe)
. *Mésestime*	Déconsidération
. *Palilalie*	Trouble de la parole consistant en la répétition spontanée, involontaire, d'une même phrase ou d'un même mot (affaiblissement de l'intelligence)
. *Parakinésies*	Mouvements anormaux parasites (schizophrénie)
. *Prosopagnosie*	Incapacité de reconnaître les visages
. *Raptus*	Impulsion paroxystique irrépressible immédiate et explosive ; elle prend souvent une forme violente : suicide, agression, automutilation, fuite
. *Schizophasie*	Discours incompréhensible
. *Stéréotypie*	Exagération de l'automatisme avec répétition continuelle des mêmes gestes (échopraxie) ; des mêmes mots (écholalie)
. *Stupeur*	Attitude caractérisée par l'immobilité, le mutisme, un faciès figé, une absence de réaction aux sollicitations ext. (mélancolie, catatonie, confusion)
. *Suggestibilité*	Aptitude à être influencé par une idée acceptée par le cerveau et à la réaliser
. *Syntonie*	Fusion harmonieuse du comportement d'un sujet avec son milieu ambiant

LES NOMS PROPRES

. **Cotard** (Syndrome de) : idée délirante de négation d'organes, d'immortalité et d'incurabilité. Observé dans la mélancolie, dans les démences séniles.
. **Ganser** (syndrome de) : réponse à côté d'un sujet disposant d'un vocabulaire cor-

rect et d'une compréhension normale ; amnésie (retrouvé dans l'hystérie)
. **Gélineau** (syndrome de) : cataplexie + narcolepsie (hypersomnie paroxystique avec brusque relâchement musculaire)
. **Gille de la Tourette** (Syndrome de) : coprolalie (tendance impulsive involontaire à dire des mots vulgaires et obscènes)
. **Klein Levin** (syndrome de) : hypersomnie récurrente ; chez l'adolescent. Un à plusieurs accès par an (hypersomnie de 18h avec dysphorie). Elle disparaît à l'âge adulte.

QUELQUES NOTES

1- Syndrome tremblement–dysarthrie se voit lors d'un traitement par antidépresseurs anciens (amitriptyline ; imipramine…)

2- Le rationalisme morbide : pensée froide, pseudologique, signe de schizophrénie

3- Délire qui possède une organisation en secteur : c'est le délire passionnelle

4- La mise en route d'un traitement par sels de lithium nécessite au préalable : des examens cardiologiques (risque de troubles du rythme), rénaux (élimination rénale uniquement) et des examens thyroïdiens (risque d'hypothyroïdie)

5- Conversion hystérique : une tendance à la mise en scène corporelle des conflits psychiques inconscients

6- Mise en observation d'office : ne peut être introduite que par le procureur général ou le wali ; la psychiatrie d'office ne peut être introduite que par le procureur général

7- On ne trouve jamais de crise d'agitation d'une manière caractéristique dans la névrose obsessionnelle (il est rare que l'obsessionnel passe à l'acte).

8- L'état stuporeux peut être retrouvé en cas de : choc émotionnel traumatique, accès mélancolique, état confusionnel, catatonie

9- La logorrhée est rencontrée dans l'affection mentale suivante : état maniaque

10- Neuroleptique utilisé en cas d'un délire hallucinatoire : halopéridol (neuroleptique incisif)

11- Amnésie sélective → se trouve dans certaines nécroses hystériques

12- Le test de freination à la dexaméthasone est susceptible d'apporter des éléments diagnostiques dans la mélancolie endogène

13- Les sels de lithium sont en principe contre-indiqués en cas de : régime désodé strict (en cas de déplétion désodée, on a une ↗ de la lithémie)

14- La parapraphrénie (qui s'accompagne d'un délire imaginatif) est une maladie mentale compatible avec une adaptation à la réalité

15- Les accès délirants peuvent survenir dans : la psychose maniaco-dépressive, l'alcoolisme chronique, les schizophrénies, les toxicomanies ; la paranoïa…

16- **Benzodiazépines : indications ; effets secondaires…**

17- **Délire paranoïde : c'est un délire peu organisé, difficilement compréhensible**

18- **Les effets secondaires du sulpiride sont surtout endocriniens (hyperprolactinémie)**

19- **L'astasie-abasie est un symptôme rencontré dans l'hystérie**

20- **Forme clinique de schizophrénie caractérisée par la présence de comportement psychopathique (anti-social) : schizophrénie paranoïde**

21- **Indices de dangerosité chez un malade délirant : hallucination impérative ; désignation nominale du persécuteur**

22- **L'amnésie lacunaire se voit au décours des états confusionnels**

23- **Drogues hallucinatoires : cannabis ; LSD**

24- **L'amnésie typique chez l'hystérique est : amnésie sélective**

25- **La dysmorphophobie peut se rencontrer : au cours de la névrose obsessionnelle ; au cours de la schizophrénie ; peut s'observer chez l'adolescent normal**

26- **La peur de rougir en public est une phobie sociale**

27- **L'athymhormie est symptôme spécifique de : la schizophrénie (discordance affective)**

28- **Delirium tremens :**

29- **Les troubles du langage chez l'Alzheimer : manque du mot, puis logorrhée, jargonophasie, écholalie, logodonie**

30- **Hallucinose : phénomène sensoriel analogue à l'hallucination, mais dont le malade admet l'irréalité et qui ne bouleverse pas la personnalité du sujet**

31- **L'oligophrénie est un état de déficit intellectuel congénital (arriération mentale)**

32- **Le delirium tremens est souvent déclenché par : d'une infection intercurrente, de l'arrêt brutal d'une intoxication alcoolique, d'une intervention chirurgicale**

33- **La personnalité paranoïaque comporte : méfiance et susceptibilité**

34- **L'encoprésie : rétention volontaire des matières avec en 2e temps une défécation soi névrotique (vécu dans l'angoisse et la culpabilité) ; soit passive et immature ; ou perverse.**

35- **L'instabilité psychomotrice peut s'observer dans les situations suivantes : environnement fonctionnel et éducatif défavorable ; traitement barbiturique ; enfant d'intelligence normale ; enfant retardé**

36- **Au cours d'un état maniaque, le symptôme qui fait évoquer une psychose schizophrénique est : l'existence d'hallucination auditivo-verbales**

37- **Le syndrome d'automatisme mental de De Clérambault se rencontre : la schizophrénie paranoïde ; bouffée délirante aiguë ; psychose hallucinatoire chronique**